**<심장초음파> 내과전공의 초음파교육 지도전문의 갱신 신청서**

**1. 인적 사항**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **이름** |  | **의사면허번호** |  |
| **소속 (병원명)** |  | **생년월일** |  **년 월 일** |
| **전문의 번호** |  | **전문의 취득일** | **년 월 일** |
| **핸드폰 번호** |  | **E-mail** |  |

**2. 갱신 요건 제출**

\* 아래 3가지 중 1가지 이상 작성해주세요.

\* 만 60세 이상인 선생님께서는 해당 항목을 작성하지 않으셔도 됩니다.

1. **임상경험 및 경력(첨부한 경력증명서 서식 작성)**

**2) 교육평점 이수기준 - 한국심초음파학회에서 인정한 심초음파 관련 연수강좌**

**→ 15평점 이상 <2019. 01 이후 / 대한내과학회 내과전공의 초음파 지도전문의 교육평점>**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **일시** | **연수강좌 명** | **장소** | **평점** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**3) 학술활동 기준 - 심초음파 관련 논문**

**→ 1편: 제1저자 및 교신저자 <최근 5년간: 2019. 01 이후>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **종류** | **역할** | **제목** | **저널명** |
|  |  |  |  |

**3. 인정증 수령 여부**

|  |  |
| --- | --- |
| **예** | **아니오** |
|  |  |

\* 인정증 수령을 원하시는 선생님께서는 [예] 선택 후 신청기간 내에 **5만원**을 아래 계좌로 입금 부탁드립니다.

[우리은행 1005-801-057372 // 예금주: 한국심초음파학회]

\* [아니오] 체크 시 비용 지불은 없으나, 갱신된 인정증을 따로 송부드리지 않는 점 확인 부탁드립니다.

**개인정보 처리에 대한 동의**

한국심초음파학회(이하“본 회”)는 귀하로부터 귀하의 [성명, 근무처, 의사면허번호, 전문의번호, 전화번호, 이메일](“개인정보”)을 수집하여, 본 회가 주최하는 [지도전문의 명단] 관리를 위하여 수집·이용되며, 이용 목적이 변경될 시에는 사전동의를 구할 것입니다.

본 회는 귀하의 동의가 있거나 관련법령의 규정에 의한 경우를 제외하고는 귀하의 정보를 제3자에게 제공하지 않으며, 귀하는 위와 같은 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있습니다.

다만 동 개인정보의 수집 및 이용에 동의하지 않으실 경우 신청에 어려움이 발생할 수 있음을 사전에 알려드립니다.

◯ 본인은 개인정보의 수집 및 이용에 관한 설명을 모두 이해하고, 이에 동의합니다.

◯ 본인은 개인정보의 제3자 제공에 관한 설명을 모두 이해하고, 이에 동의합니다.

 성명: (서명)